



## 10 artículo

Raquel Martín Olivera [Buscar autor en Medline]

Fernando Monton [Buscar autor en Medline]



### Tratamiento de las cefaleas

Ver resumen y puntos  
clave

Ver texto completo

Volver al sumario

### Texto completo

La cefalea es el proceso doloroso que afecta con mayor frecuencia al ser humano<sup>1</sup>. Se calcula que el 95% de la población mundial la presenta en algún momento de su vida<sup>2,3</sup>. En España, 1 de cada 4 ó 5 pacientes que acuden a una consulta de neurología lo hacen para valoración de sus cefaleas<sup>5</sup>. El grupo de estudio de la Cefalea de la Sociedad Española de Neurología ha desarrollado unas recomendaciones que orientan su abordaje y manejo<sup>4</sup>.

La clasificación de la *International Headache Society* (IHS) de las cefaleas (2ª edición)<sup>6</sup>, divide a éstas en dos grandes grupos: las cefaleas primarias y las secundarias. Los criterios en los que se basa esta clasificación, son fundamentalmente de tipo etiológico para las secundarias y de tipo sintomático para las primarias.

A continuación revisamos los tratamientos para cada subgrupo de cefaleas siguiendo esta clasificación de la IHS<sup>7,8</sup>.

### 1.- MIGRAÑA

La migraña es una cefalea recurrente que afecta al 12% de la población, sobre todo a mujeres en edad fértil, y que se caracteriza típicamente por accesos dolorosos hemicraneales, asociados a náuseas, vómitos y foto-fonofobia, que se agravan por el ejercicio físico y mejoran con el sueño (**ver tabla 1**). La IHS distingue varios subtipos y define unos criterios diagnósticos para cada uno de ellos<sup>6</sup> (**ver tabla 1 y 2**). Los esquemas terapéuticos son similares para los distintos subtipos por lo que los abordaremos de forma conjunta<sup>10,11</sup>.

### Abordaje terapéutico

El tratamiento de la migraña empieza desde el momento en que aseguramos el diagnóstico y explicamos su historia natural, ya que el paciente tendrá expectativas realistas sobre su condición, disminuyendo el consumo de recursos sanitarios o fármacos innecesarios<sup>12</sup>.

### bibliografía

1. Collins JG. Prevalence of selected chronic conditions. United State. 1979-81. *Vital Health Stat* 10 1986; 159:1-66.
2. Scher A, Stewart WF, Liberman J, Lipton RB. **Prevalence of frequent headache in a popular sample. Headache** 1998; 38: 497-506
3. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll, Olesen J. **Epidemiology of headache in general population: a prevalence study.** *J. Clin Epidemiol* 1991; 44:1147-57.
4. Hernández-Gallego J, Ezpeleta D, Díaz-Insa S, Navarro A (editores). **Actitud diagnóstica y terapéutica en la Cefalea. Recomendaciones 2004** Ediciones Ergon, Madrid, 2004.
5. Gracia Naya M. Grupo de estudio de Neurólogos Aragoneses. **Importancia de las cefaleas en las consultas de neurología.** *Rev Neurol* 1999; 29: 393-396.

Ver más

### enlaces

No hay enlaces de interés



Se considera una buena respuesta al tratamiento la disminución del dolor y de los síntomas asociados a la migraña, a las dos horas del tratamiento.

Asimismo, se considera un tratamiento inadecuado si no responde al fármaco antes de las 2 horas, experimenta efectos adversos significativos o aparece cefalea de rebote.

El tratamiento propiamente dicho lo subdividimos en el sintomático de las crisis y el preventivo de las mismas.

## TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LAS CRISIS

El tratamiento sintomático o abortivo es fundamentalmente farmacológico. También son útiles medidas como el aislamiento sensorial, la aplicación de frío o presión en la frente o las sienes, dormir y algunas técnicas de relajación.

Como norma general, se recomienda el uso combinado de analgésicos y antieméticos, la elección del analgésico según intensidad de dolor y efectos secundarios asociados, administrando una dosis adecuada al principio de la crisis<sup>13</sup>. Los principales medicamentos usados son:

### Analgésicos simples y anti-inflamatorios no esteroideos (AINES)

Son eficaces en las crisis leves o moderadas. El más usado es el paracetamol, aunque la evidencia científica de su eficacia es dudosa. En general, se estima que sólo un 10% de los migrañosos se controlan con esta medicación<sup>6</sup>. Los AINE tienen eficacia demostrada, sin que ninguno sea claramente superior a otros. En la tabla 3 se describen, con sus dosis, los principales AINE utilizados en el tratamiento de las crisis de migrañas.

### Ergotamínicos

Aunque han sido los medicamentos específicos (descritos en la **tabla 4**) más usados en España para el tratamiento de las crisis de migraña, hoy en día no se recomienda como tratamiento *de novo* por sus efectos secundarios, contraindicaciones y riesgo de sobreuso con agravamiento de la cefalea<sup>3,6</sup>.

### Triptanes

Son los medicamentos de elección para las crisis de intensidad moderada o severa, aunque son también los de mayor coste económico. Aunque el más eficaz y rápido es el sumatriptán subcutáneo, los pacientes

suelen preferir otras formas de administración de acción rápida (nasal) o triptanes orales de acción rápida. En general, tienden a usarse los triptanes con comienzo de acción rápido y pocos efectos secundarios, sin que se conozca el perfil del paciente ideal para cada triptan.

La elección de un determinado triptan para el tratamiento de un ataque agudo de migraña, va a depender de las características del

paciente y de sus preferencias. La respuesta individual a un triptan es impredecible, por lo que, en la mayoría de los casos, se trata de un proceso de ensayo y error. Si el primer triptan no es efectivo, se puede saltar a otro con éxito<sup>44</sup>

Según revisiones recientes, el triptan con mayor efectividad en el alivio del dolor a las 2 horas, es el sumatriptan subcutáneo 6 mg. Sin embargo, dada su vía de administración, es el menos valorado en las preferencias de los pacientes, además de los efectos secundarios que presenta.

Naratriptan ofrece una muy buena tolerabilidad, unida a una vía de administración oral.

No existen estudios que nos permitan analizar el fenómeno de tolerancia cruzada entre triptanes

Otros tratamientos:

En caso de crisis migrañosas resistentes a los fármacos descritos, y en situaciones especiales como en el estatus migrañoso, se ensayan las medidas terapéuticas descritas en la tabla 5.

## TRATAMIENTO PREVENTIVO

El tratamiento preventivo está indicado para los migrañosos que sufren un impacto sustancial en su calidad de vida por las crisis dolorosas y no responden adecuadamente al tratamiento agudo, o cuando la frecuencia de los ataques de migraña es tal que el uso excesivo de tratamientos agudos puede condicionar una cefalea de rebote o una migraña crónica por abuso de medicación<sup>1</sup>. (ver **tabla 6**)

A la hora de seleccionar el apropiado agente terapéutico se recomienda: 1) seleccionar como tratamientos iniciales aquellos con mayor evidencia científica de eficacia; 2) iniciar con la dosis efectiva más baja; 3) usar monoterapia durante 3-6 meses; 4) elegir medicaciones de liberación retardada para facilitar la toma del tratamiento a los pacientes migrañosos.

Como en el caso del tratamiento abortivo, también aquí existen medidas no farmacológicas aplicables, entre ellas están, por supuesto, evitar los factores desencadenantes identificados, métodos conductuales como el *biofeedback*, moderado ejercicio físico, técnicas de relajación muscular, ejercicios respiratorios y entrenamiento frente al estrés, aunque su eficacia es moderada e inconstante.

Los más utilizados son: beta-bloqueantes, calcio antagonistas, amitriptilina y antiepilépticos, aunque también se incluyen como tratamientos preventivos los antiserotoninérgicos, algunos AINES, fármacos que actúan sobre el sistema renina - angiotensina-aldosterona (SRAA), la riboflavina y la toxina botulínica (**tabla 7**)<sup>4,7,9-11</sup>.

En general, los tratamientos preventivos de la migraña, no tienen un efecto significativo sobre la reducción del número de crisis, hasta al menos, 3 semanas después de su inicio. Por esta razón, antes de

concluir que un fármaco es inefectivo, debe mantenerse el tratamiento durante al menos un mes (entre 1-3 meses). (ver figura)

#### Beta-bloqueantes:

Se les considera como un tratamiento de elección, sobre todo cuando existen circunstancias asociadas en las que también son eficaces (hipertensión arterial, temblor esencial, hipertiroidismo, etc). Están contraindicados en asmáticos y bloqueos

#### Antagonistas del calcio:

Se les considera también de primera elección junto con los beta-bloqueantes. El más utilizado en nuestro medio es la flunarizina, que debe evitarse en personas obesas y en pacientes con depresión.

#### Antiepilépticos:

Suelen usarse como tratamiento de 2ª elección. Los más usados son el valproato sódico [A] y el topiramato [B]. Este último demuestra mayor eficacia que el valproato y menor cantidad de efectos secundarios (pérdida de peso, parestesias, alteraciones visuales y problemas cognitivos), aunque con un coste mucho mayor.

#### Antidepresivos:

Constituyen la segunda línea de tratamiento preventivo. Habitualmente se utilizan en combinación con otros fármacos de primera línea, como los beta-bloqueantes. Los más empleados son los tricíclicos (amitriptilina), aunque también se han ensayado los inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSS). La fluoxetina es el ISRS más ensayado dentro de este grupo, sin que se haya encontrado una superioridad de esta frente a los tricíclicos. Existe una evidencia limitada sobre la superioridad clínica de otros tratamientos activos sobre los ISRS para la prevención de la migraña<sup>42</sup>

Están especialmente indicados en pacientes en los que coexiste una cefalea tensional asociada, cefalea crónica diaria (migraña transformada) o sintomatología depresiva.

#### Antiserotoninérgicos:

No son demasiado utilizados, sobre todo por sus efectos secundarios. La metisergida es uno de los más eficaces pero de uso limitado por el riesgo de fibrosis retroperitoneal.

### TRATAMIENTO DE LAS MIGRAÑAS DE PRESENTACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES<sup>10,13</sup>

#### Migraña menstrual

En esta forma, las crisis migrañosas aparecen exclusivamente en la menstruación, siendo típicamente resistentes a los tratamientos habituales. Los más efectivos como tratamiento profiláctico son los

AINEs (sobre todo el naproxeno) y los triptanes. La terapia hormonal específica tiene un papel no bien definido.

### Migraña en el embarazo

Durante el embarazo el 70% de las mujeres migrañosas presentan una mejoría en la frecuencia e intensidad de las crisis de migraña o incluso una remisión completa.

El tratamiento preferente será el no medicamentoso (dormir, comer, aplicación de frío o calor, presión, etc), pero si no es suficiente con estas medidas se utilizará el paracetamol.

Los AINEs se pueden utilizar a partir del tercer trimestre. En este periodo también pueden usarse fármacos antieméticos como la metoclopramida y domperidona en el caso de que haya vómitos [C].

Deben evitarse los triptanes, en caso necesario, el único recomendado es el sumatriptan [C]. No se recurrirá a tratamiento profiláctico salvo en casos excepcionales. En estas circunstancias, el fármaco de elección es el propranolol [C]

### Migraña en la infancia

Como tratamiento sintomático puede usarse el paracetamol y la aspirina (no recomendada en menores de 12 años). En cuanto a tratamientos específicos, el único triptan aceptado para su uso en esta franja de edad es el sumatriptan intranasal de 10 mg.

Si es necesario tratamiento preventivo, se utilizará el propranolol a dosis de 1-2 mg / Kg, según tolerancia.

## **2.- CEFALEA TENSIONAL.** <sup>9,14-20,35</sup>

Es el tipo más frecuente de cefalea y predomina en la mujer, sobre todo la forma crónica. En los países desarrollados, sólo la cefalea tensional afecta a dos tercios de varones y al 80% de las mujeres. Si se extrapolan las cifras, el dato resultante son 3.000 crisis de migraña cada día por cada millón de personas. A pesar de ser una enfermedad tan prevalente, dado que no implica mortalidad, no recibe la atención adecuada por parte de las autoridades sanitarias.

En la clasificación IHS es el segundo gran grupo de cefaleas primarias, aunque también podrían clasificarse dentro de las cefaleas secundarias, puesto que muchas veces aparece en relación con otros procesos. Por esta razón, el diagnóstico de cefalea tensional suele hacerse por exclusión. Las formas principales son: la episódica infrecuente, la episódica frecuente y la crónica<sup>6</sup>. Todas ellas pueden asociarse a sensibilidad dolorosa de los músculos pericraneales y el dolor es típicamente descrito como una opresión "en banda".

### **Abordaje terapéutico**

Se recomienda en el tratamiento de la cefalea tensional: 1) usar analgésicos efectivos para el tratamiento sintomático, 2) identificar y suprimir, en la medida de lo posible, los factores

desencadenantes, 3) prevenir la recurrencia de las crisis, 4) explicar al enfermo las expectativas reales del tratamiento y la historia natural de la enfermedad.

Este tipo de cefalea es el que más comúnmente se trata con automedicación, ya sea paracetamol o AINE<sup>34</sup>. Ambos resultan efectivos, aunque existen pocos estudios que permitan establecer una guía de tratamiento. Se ha visto que el Ibuprofeno a dosis de 400-800 mg es más eficaz que el placebo e incluso que pequeñas dosis de aspirina<sup>20</sup>; mientras que el naproxeno a dosis de 550 mg es más eficaz que el placebo o el paracetamol. Estos fármacos en combinación con la cafeína o algunos tranquilizantes, como las benzodiacepinas (diazepam, alprazolam...), pueden incrementar su efecto (**ver tabla 8**). Sin embargo, debe evitarse la combinación por el riesgo de dependencias, abuso y cronificación de la cefalea. La IHS no contempla su uso en el tratamiento de la cefalea tensional.

La piedra angular del tratamiento en la cefalea tensional es el tratamiento preventivo, dada su cronicidad y la incapacidad funcional que condiciona. El fármaco más estudiado en este caso, es la amitriptilina. Se utiliza en dosis de 10-75 mg 1-2 horas antes de acostarse. Estudios controlados, randomizados, doble-ciego, han confirmado claramente su eficacia.

Otros antidepresivos como los inhibidores de la recaptación de la serotonina (IRSS) (fluoxetina, paroxetina, venlafaxina, citalopram...) son menos eficaces. El efecto beneficioso de la fluoxetina sólo aparece tras 2 meses de tratamiento y es ligeramente inferior al de la amitriptilina<sup>9</sup>.

Entre las medidas no farmacológicas más importantes, está el dejar de fumar. El número de cigarrillos fumados, se relaciona de forma significativa con el número de días con cefalea a la semana y con la puntuación en el índice de cefalea. Además, altos niveles de nicotina se relacionan también con mayores medidas de ira, ansiedad y depresión. El uso de medidas no farmacológicas como la relajación, el biofeedback y la acupuntura, no está apoyado por una evidencia científica suficiente.

### **3.- CEFALÉAS EN RACIMO Y OTRAS CEFALÉAS TRIGÉMINO-VASCULARES.**

La cefalea en racimos es una cefalea severa que exige una rápida y eficaz intervención médica. Aparece en adolescentes y en la edad media de la vida, afecta más a varones y suele precipitarse por el alcohol. Las características clínicas están descritas en la tabla 9.

Dentro de este grupo<sup>6</sup> también se incluyen, la hemicránea paroxística y el SUNCT (*Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing*). En el SUNCT, las crisis duran segundos a menos de 2 minutos, pueden presentarse entre 3-200 veces al día, siendo posible desencadenarlas con determinados estímulos oro-faciales. En el caso de la Hemicránea Paroxística, la duración de las crisis intermedia entre la cefalea en racimo y el SUNCT, durando varios

minutos (menos de 30 minutos), presentando hasta 30 crisis al día. La buena respuesta al tratamiento con indometacina a dosis de 75-150 mg / día, es un criterio diagnóstico.

### **Abordaje terapéutico.**

El objetivo del tratamiento de la cefalea en racimosa: 1) prevención de los factores desencadenantes, fundamentalmente alcohol y estrés; 2) tratamiento de las crisis con medicaciones de acción rápida y 3) prevención de las crisis en las formas crónicas.

### **TRATAMIENTO DE LAS CRISIS**

Es común para las formas crónicas y episódicas. Puesto que el comienzo de las crisis es rápido y que el dolor tarda poco tiempo en alcanzar el pico de intensidad, se requieren tratamientos sintomáticos con un comienzo de acción también rápido. El oxígeno, el sumatriptan subcutáneo y la dihidroergotamina, se han mostrado eficaces en el tratamiento de las crisis (**tabla 10**). Los 2 primeros son considerados de elección. La dihidroergotamina no se usa en España al no estar disponible su forma comercial nasal y parenteral.

Sumatriptan subcutáneo: es la medida más efectiva. Utilizado a dosis de 6 mg, proporciona un alivio completo a los 15 minutos de su administración, en el 74% de los pacientes si lo comparamos con el placebo [A]<sup>26</sup>. Utilizado diariamente a largo plazo, el alivio obtenido se mantiene sin que aparezca fenómeno de taquifilaxia o rebote [B]<sup>27,28</sup>. Aunque no es conveniente superar los 12 mg/horas, la mayor parte de los pacientes con casos severos toman por encima de esas dosis. Otras formulaciones, como el sumatriptan intranasal 20 mg, resultan también eficaces, pero con un comienzo de acción más lento. El sumatriptan está contraindicado en el embarazo, hipertensión arterial no controlada, enfermedad coronaria y vasculopatías.

Oxigenoterapia: es la segunda medida más eficaz después del sumatriptan subcutáneo. Se administra oxígeno al 100% en mascarilla facial, a unos 7-10 l / min. A los 15 minutos, aproximadamente el 70% de los pacientes refiere alivio [B]<sup>21,29</sup>.

### **TRATAMIENTO PREVENTIVO (Tabla 11)**

Deben indicarse siempre, incluso en las formas episódicas, asociados al tratamiento de las crisis.

Corticoides: el más usado es la prednisona, a dosis de 1-1,5 mg / Kg / día en el desayuno durante 7 días, con pauta descendente posterior. El tratamiento puede no ser efectivo hasta dos semanas después del comienzo. En el estudio más amplio hecho hasta ahora, se demostró su eficacia en el 75% de los casos

[B]. Se puede administrar sola o, mejor, en terapia combinada con antagonistas del calcio.

Antagonistas del calcio: el verapamil se ha mostrado eficaz en el tratamiento preventivo tanto de la cefalea en racimosa episódica como en la crónica. Se utiliza en dosis de 240-360 mg / día y produce una reducción significativa de la frecuencia de los ataques y

del consumo de analgésicos [A] <sup>30</sup>. La dosis inicial es de 80 mg tres veces al día o una única dosis de 240 mg en formulación retardada, sin evidencia científica de cual es la mejor opción.

Derivados ergotamínicos: el tartrato de ergotamina se utiliza en aquellos casos que no responden a otros tratamientos. La dosis recomendada es de 1-2 mg de tartrato de ergotamina dos veces al día, por un periodo máximo de 6 semanas (no más de 4 mg / día). Su principal limitación es que no debe administrarse en unión con el sumatriptan, la medicación de elección para los accesos dolorosos.

Carbonato de litio: es el tratamiento de elección en mayores de 45 años años con cefalea en racimos crónica [B]. La dosis varía entre 400-1200 mg / día y los niveles plasmáticos deben estar entre 0,5-1 mEq / L. Su eficacia se mantiene hasta 4 años después de finalizar el tratamiento<sup>31</sup>. La dosis inicial es de 300 mg 3 veces al día, o 450 mg en un preparado de liberación retardada. No hay ensayos que comparen ambas formulaciones, pero la dosis única aumenta el cumplimiento terapéutico.

Antiepilépticos:

Topiramato: La dosis inicial es de 50 mg / día, con un aumento progresivo hasta alcanzar los 100-200 mg / día. Por ahora sólo hay estudios abiertos que lo avalen [B]<sup>32</sup>.

Ácido valproico: ha demostrado ser efectivo en la cefalea en racimo, en un estudio abierto con 15 pacientes. Se utiliza en dosis de 600-2000 mg.

Metisergida: se usa en casos refractarios a dosis de 2 mg / 8 horas. Pierde eficacia con el uso repetido. No se recomienda por periodos largos de tiempo

debido a sus efectos secundarios potencialmente graves (fibrosis retroperitoneal).

#### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

Se reserva para los casos refractarios y persistentemente unilaterales, ya que en los que se alternan ambos lados del cráneo, existe mayor probabilidad de recurrencias contralaterales tras la cirugía. Además, debe tratarse de pacientes con un perfil personal y psicológico estable. Existen varias técnicas sin que ninguna haya demostrado su superioridad sobre las otras.

#### 4.- OTRAS CEFALEAS PRIMARIAS

*Cefalea punzante primaria*: se caracteriza por dolor de un segundo o menos de duración, descrito como una punzada de intensidad moderada localizada en el territorio de la primera rama del trigémino. Es unilateral, respeta la noche y no se asocia a otros síntomas ni se han descrito factores desencadenantes. Habitualmente, no precisa tratamiento. En casos de ataques muy frecuentes se puede instaurar tratamiento profiláctico con indometacina a dosis de 75 mg/día.



*Cefalea tusígena primaria:* es poco frecuente, de predominio en varones a partir de los 40 años. Es una cefalea transitoria y severa que aparece tras un ataque de tos y desaparece en pocos minutos o segundos. Es bilateral, no pulsátil y puede desencadenarse por una maniobra de Valsalva. El tratamiento se hace con indometacina a dosis de 50-150 mg / día. En casos refractarios puede responder a punciones lumbares repetidas.

*Cefalea por ejercicio primaria:* aparece fundamentalmente en varones (90% de casos) alrededor de los 40 años. Se caracteriza por ser un dolor pulsátil de localización hemicraneal que dura de varios minutos a varios días y desencadenado por el ejercicio físico. El tratamiento es con ergotamínicos antes de realizar ejercicio físico o tratamiento preventivo con beta-bloqueantes.

*Cefalea asociada a la actividad sexual primaria:* Es un tipo de cefaleas muy poco frecuentes que coinciden o preceden al orgasmo. Son más frecuentes en varones (85% del total) alrededor de 40 años. En el tratamiento se pueden utilizar los beta-bloqueantes y la indometacina de liberación retardada a dosis de 75 mg después de la cena.

*Cefalea hipócnica:* aparece exclusivamente durante el sueño. Afecta a pacientes mayores de 50 años y suele despertar al paciente. Responde al tratamiento con cafeína o litio tomados antes de acostarse.

*Cefalea en estallido (thunderclap) primaria:* es una cefalea de alta intensidad que se asemeja a la hemorragia subaracnoidea, que es necesario excluir. Su existencia como entidad es controvertida.

## **5.- CEFALEA POR SOBREUSO DE ANALGÉSICOS.** <sup>33-40</sup>

Se define como cefalea de más de 4 horas de duración y que aparece 15 o más días al mes cuando existe toma de medicación de más de 15 días al mes. Afecta a un 3- 6% de la población, según los estudios<sup>2,36</sup>. Se confunde con la cefalea crónica diaria, que engloba a diferentes entidades: migraña transformada, cefalea de tensión crónica, hemicránea continua y cefalea crónica desde el inicio. En todas ellas pueden ser el sobreuso de la medicación la causa de la cronicidad. La actual clasificación de la IHS, sigue sin considerar esta cefalea en un apartado distinto<sup>6</sup>.

La asociación entre el sobreuso de determinados fármacos y el empeoramiento de la cefalea parece clara para la cafeína, agonistas opiáceos, ergotamina y triptanes. Sin embargo, los principales causantes de estas cefaleas crónicas diarias son los analgésicos convencionales que pueden conseguirse sin receta médica, sobre todo combinaciones de paracetamol o aspirina con cafeína, codeína o ambos. Como regla general, debe considerarse que el uso de estos analgésicos más de dos veces a la semana, es un "sobreuso" que requiere establecer un tratamiento preventivo adecuado.

El abandono de los analgésicos mejora, generalmente, la cefalea

diaria, revirtiendo al estado episódico natural de la cefalea que padecen.. En aquellos pacientes en los que la desintoxicación no produce mejoría, hay que prevenir el regreso al sobreuso de analgésicos.

### **Abordaje terapéutico.**

Para lograr el abandono de analgésicos es fundamental ganarse la confianza del paciente y hacerle ver que este paso es necesario. Esto puede resultar difícil puesto que la disminución de los analgésicos muchas veces se asocia a cefalea de rebote con náuseas, vómitos, ansiedad, etc. La reducción puede hacerse de forma paulatina bajando el consumo un 10% cada 1-2 semanas. Cuando el paciente ha reducido de forma significativa el uso de analgésicos, puede introducirse una medicación preventiva.

A veces es necesaria la hospitalización de estos pacientes, ya sea por fracaso de la terapia ambulatoria o por enfermedades concomitantes como una diabetes mal controlada. La causa más común del fracaso del tratamiento ambulatorio suele ser el uso precoz de terapia preventiva cuando aún no hay un abandono de los analgésicos.

### **TRATAMIENTO SINTOMÁTICO**

El más utilizado es el naproxeno a dosis de 500 mg dos veces al día durante unos 15 días hasta 6 semanas, si se tolera. También se utiliza el ibuprofeno. La asociación o no de un protector gástrico dependerá de las características del paciente y su riesgo para desarrollar efectos secundarios gastrointestinales moderados – graves con los AINE. En el caso de náuseas o vómitos se utilizarán antieméticos y si aparece ansiedad se puede asociar una benzodiacepina. **(ver Tabla 12).**

### **TRATAMIENTO PREVENTIVO**

Lo ideal sería administrar el tratamiento preventivo específico para la cefalea inicial del paciente, pero muchas veces es imposible determinar el tipo de cefalea. Existen varias opciones **(tabla 13).**

- Antidepresivos tricíclicos como la amitriptilina o la dotiepina (no se utiliza en España con esta indicación) a dosis de aproximadamente 1 mg / Kg o más, comenzando por dosis bajas (10-25 mg / día) administradas 12 horas antes del momento de despertarse, para evitar la somnolencia matutina [A].
- ISRS: como la fluoxetina a dosis habituales.
- Valproato: dosis de 1500 mg / día, comenzando por dosis de 200 mg 2 veces al día con aumentos de 400-600 mg / 2 veces al día cada 2-4 semanas
- Gabapentina: dosis de 1800-3600 mg / día.
- Otros: topiramato, sumatriptan, toxina botulínica tipo A.

## **6.- NEURALGIA DEL TRIGÉMINO (V)**

Es un dolor unilateral , de segundos de duración, que se asemeja a descargas eléctricas de comienzo y final bruscos y que se distribuye

por el dermatoma de la 2ª y 3ª rama del V par. Aparece ,en general, en individuos mayores de 50 años y puede desencadenarse por estímulos mínimos como hablar, afeitarse, cepillarse los dientes, etc. En edades más jóvenes hay que descartar causas secundarias<sup>41</sup> .

### **Abordaje terapéutico.**

Antiepilépticos: Son la medicación de elección. La carbamazepina es la más usada a dosis de 100 mg / 12 horas con un máximo de 800-1200 mg / día repartidos en 2-3 tomas [A]. Antiepilépticos farmacológicamente afines como la oxcarbacepina pueden ser tan eficaces y tener menos efectos secundarios. La gabapentina, topiramato, ácido valproico y la fenitoína pueden ser útiles en casos refractarios.

Otros:

El baclofen, clonacepam y amitriptilina suelen usarse como medicación coadyuvante en los casos refractarios. Si no se obtiene respuesta adecuada al tratamiento farmacológico hay que plantearse el tratamiento quirúrgico, valorando en cada paciente las distintas opciones de técnicas quirúrgicas.

